

Da trasmettere, unitamente alla documentazione necessaria:

- a mezzo lettera raccomandata a:
Banco BPM Vita S.p.A. - Direzione Operazioni, Via Massaua n. 6, 20146 Milano
- a mezzo posta elettronica certificata a: **gestioneclienti@pec.bancobpmvita.it**
- alla competente filiale della Banca Intermediaria

RICHIESTA PAGAMENTO DEL CAPITALE A SCADENZA

AVVERTENZE:

- Il presente modulo è stato predisposto da Banco BPM Vita S.p.A. per facilitare la raccolta delle informazioni utili alla liquidazione della prestazione maturata a scadenza;
- La richiesta, ove effettuata con il presente modulo, deve essere **compilata e sottoscritta dal Legale Rappresentate** della Contraente della Polizza.

CONTRAENTE

Il sottoscritto Nome e Cognome	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>
Società	<input type="text"/>
Partita IVA	<input type="text"/>
con Sede Legale in via	<input type="text"/>
Comune e Provincia	<input type="text"/>
Recapito telefonico	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

in qualità di Legale Rappresentante della Società, **richiedo il pagamento del capitale maturato a scadenza** della polizza n. mediante accredito sul conto corrente intestato alla Società:

IBAN

_____ / _____
Luogo

_____ / _____
Data

Firma del Legale Rappresentate



DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA

- Copia fronte/retro di un **Documento di identità** in corso di validità e del **Codice fiscale** del Legale Rappresentate;
- documentazione attestante **i poteri di firma del dichiarante**;
- autocertificazione **FATCA/CRS** compilata dal dichiarante;
- modulo aggiornamento dati di Adeguata Verifica.

ATTENZIONE: LE RICHIESTE DI PAGAMENTO INCOMPLETE DELLE INFORMAZIONI O DELLA DOCUMENTAZIONE COMPORTERANNO TEMPI DI LIQUIDAZIONE PIÙ LUNGHI



AUTOCERTIFICAZIONE FATCA E CRS DELLA CLIENTELA PERSONE GIURIDICHE

Informazioni da rilasciarsi a cura del cliente ai sensi della normativa

FATCA (FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT) e CRS (COMMON REPORTING STANDARD)

Alla Compagnia Banco BPM Vita S.p.A.

DICHIARAZIONI DEL CLIENTE

Sezione 1: Informazioni generali relative alla Società

- Ragione sociale:
- Stato / luogo di costituzione:
- Sede legale: [Indirizzo], [Paese]
- Sede amministrativa / operativa: [Indirizzo], [Paese]
- Indirizzo di corrispondenza:
- Altro indirizzo di corrispondenza (es. indirizzo c/o, indirizzo di fermo posta):
- Numero di telefono:
- Istruzioni permanenti per il trasferimento fondi verso l'estero: SI / NO [se si] verso [Nome Paese/i]_____
- Procura o potestà di firma attualmente valida conferita ad un soggetto con indirizzo estero:
SI / NO
- [se si] [Nome e Cognome Delegato] [Indirizzo di Residenza del Delegato]_____
- Paese/i di residenza Fiscale della società:
- [Paese di residenza Fiscale 1] _____[Codice fiscale estero (TIN / EIN) – Identificativo/ IVA Estero*]:_____
- [Paese di residenza Fiscale 2] _____[Codice fiscale estero (TIN / EIN) – Identificativo/ IVA Estero*]:_____
- [Paese di residenza Fiscale n] _____[Codice fiscale estero (TIN / EIN) – Identificativo/ IVA Estero*]:_____

*Codice fiscale estero (TIN) non fornito poiché non rilasciato dalla Giurisdizione

CLASSIFICAZIONE FATCA DELLA SOCIETÀ

Sezione 2: Dichiarazione per lo status di US Financial Institution

Il cliente dichiara di essere una US Financial Institution: SI/NO

In caso di risposta affermativa indicare il proprio codice fiscale estero TIN/ Employer Identification Number EIN/ identificativo IVA estero:

In caso di risposta negativa passare alla sezione 4

Sezione 3: Dichiarazione dello status di Specified U.S. person

Il cliente dichiara che la Società è stata costituita o ha sede legale negli USA: SI/NO

Solo per i clienti che hanno dichiarato di essere stati costituiti o di avere sede legale negli USA

Il cliente dichiara di essere una Specified U.S. person: SI/NO

In caso di risposta affermativa indicare il proprio codice fiscale estero TIN/ Employer Identification Number EIN/ identificativo IVA estero

Codice/i fiscale/i estero/i (TIN) – Employer Identification Number (EIN) – identificativo/i IVA estero/i _____

Sezione 4: Dichiarazione dello status per clienti Foreign Financial Institution

Il cliente dichiara di appartenere ad una delle seguenti categorie:

Financial Institution operante in un paese Model 1 IGA

Reporting Model 1 IGA

Codice GIIN.....

Non Reporting FATCA Partner Financial Institution

Financial Institution operante in un paese Model 2 IGA

Participating FFI in a Model 2 jurisdiction

Codice GIIN.....

Non Reporting Model 2 FFI

Financial Institution non operante in un paese Model 1 e Model 2 IGA

Participating FFI

Codice GIIN.....

Registered Deemed Compliant FFI

Codice GIIN.....

CDCFFI – Non-registering local bank

CDCFFI - FFI with only low-value accounts

CDCFFI - Sponsored, closely held investment vehicle

Nome e GIIN della Sponsoring.....

CDCFFI - Limited life debt investment entities

Foreign branch of a USFI

Sponsored FFI

Nome e GIIN della Sponsoring.....

Territory Financial Institution

Owner documented FFI

Exempt Beneficial Owner - Central Bank of Issue	<input type="checkbox"/>
Exempt Beneficial Owner - Exempt Retirement fund	<input type="checkbox"/>
Exempt Beneficial Owner - Entity wholly owned by exempt beneficial owner	<input type="checkbox"/>
Limited FFI	<input type="checkbox"/>
Limited branch of a PFFI	<input type="checkbox"/>
Non Participating FFI	<input type="checkbox"/>

Sezione 5: Dichiarazione dello status per i clienti Non Financial Foreign Entities (NFFE)

Il cliente dichiara di appartenere ad una delle seguenti categorie:

Active NFFE	<input type="checkbox"/>
Direct Reporting NFFE	<input type="checkbox"/>
Codice GIIN.....	
Exempt Beneficial Owner	<input type="checkbox"/>
Passive NFFE	<input type="checkbox"/> Vedi sezione 8

CLASSIFICAZIONE CRS DELLA SOCIETÀ

Sezione 6: Dichiarazione dello status per clienti Financial Institution

Il cliente dichiara di appartenere ad una o più delle seguenti categorie:

Reporting Financial Institution

Participating Jurisdiction Financial Institution	<input type="checkbox"/>
Custodial Institution	<input type="checkbox"/>
Depository Institution	<input type="checkbox"/>
Investment Entity	<input type="checkbox"/>
Specified Insurance Company	<input type="checkbox"/>

Non Reporting Financial Institution

Broad Participation Retirement Fund	<input type="checkbox"/>
Narrow Participation Retirement Fund	<input type="checkbox"/>
Pension Fund of a Governmental Entity, International Organisation or Central Bank	<input type="checkbox"/>
Qualified Credit Card Issuer	<input type="checkbox"/>
Exempt Collective Investment Vehicle	<input type="checkbox"/>
Trustee documented Trust	<input type="checkbox"/>

Sezione 7: Dichiarazione dello status per clienti Non Financial Entity

Il cliente dichiara di appartenere ad una o più delle seguenti categorie:

Governmental Entity	<input type="checkbox"/>
International Organisation	<input type="checkbox"/>
Central Bank	<input type="checkbox"/>

Publicly traded Corporation	<input type="checkbox"/>
Active NFE	<input type="checkbox"/>
Passive NFE	<input type="checkbox"/> Vedi sezione 8

Sezione 8: Dichiarazione sullo status di residente/non residente fiscale negli Stati Uniti o in altra giurisdizione estera dei propri Titolari effettivi (solo per Passive NFFE/Passive NFE)

La società non dispone di titolari effettivi ai fini antiriciclaggio

casella da spuntare nel caso in cui la società sia una Passive NFFE /Passive NFE priva di titolari effettivi

La società dispone di titolari effettivi ai fini antiriciclaggio che presentano i seguenti dati:

casella da spuntare nel caso in cui vi sia uno o più titolari effettivi della società. In particolare, in presenza di più titolari effettivi, è necessario replicare la sezione sotto riportata tante volte quanti sono i titolari effettivi della Società

Titolare effettivo 1:

- Nome:
- Cognome:
- Data di nascita:
- Luogo di nascita:
- Cittadinanza/e:
- Indirizzo di Residenza:
- Indirizzo di Corrispondenza:
- Altro indirizzo di corrispondenza (es. indirizzo c/o, indirizzo di fermo posta):

Inserire il domicilio oppure l'indirizzo di fermo posta o altro indirizzo alternativo di corrispondenza del titolare effettivo

- Numero di Telefono:

Inserire il numero di telefono del titolare effettivo comprensivo dell'eventuale prefisso

- Istruzioni permanenti per il trasferimento fondi verso l'estero: SI / NO verso
- Procura e attribuzione di poteri di firma ad altro soggetto SI / NO
- Nome, Cognome, Indirizzo di residenza:

N.B. Rilevano ex FATCA tutti i soggetti che esercitano un qualsivoglia potere di firma, non solamente quelli con delega sul rapporto.

Paese/i di Residenza Fiscale:

- [Paese di residenza Fiscale 1] [Codice fiscale estero (TIN):..... / *]
- [Paese di residenza Fiscale 2].....[Codice fiscale estero (TIN):..... / *]
- [Paese di residenza Fiscale n][Codice fiscale estero (TIN):..... / *]

*[se Codice fiscale estero (TIN) non fornito poiché la Giurisdizione non rilascia il TIN]; Codice fiscale estero (TIN) non fornito poiché non rilasciato dalla Giurisdizione

Il Cliente si impegna, sottoscrivendo la presente autocertificazione, a informare prontamente la Compagnia nel caso in cui si verificano cambiamenti di circostanza in merito alle informazioni riportate al fine di consentire alla Compagnia di predisporre, eventualmente, un nuovo modulo di autocertificazione per confermare la residenza fiscale e la classificazione FATCA e CRS della società Cliente e/o la residenza fiscale dei titolari effettivi di Passive NFFE/Passive NFE.

Il presente documento è redatto in forma scritta ovvero, previo accordo delle parti, sotto forma di documento informatico tale da soddisfare i requisiti della forma scritta nel rispetto della normativa tempo per tempo vigente.

Luogo e data

Firma del cliente (Legale Rappresentante della Società)

MODULO PER L'IDENTIFICAZIONE E L'ADEGUATA VERIFICA – Modello PnF

Ai sensi dell'art. 17 e ss. del Decreto Legislativo n. 231/2007 e ss.mm.ii.

RAPPORTO

Numero conto corrente: _____

Numero Polizza: _____

Importo in euro: _____

SEZIONE A - DATI IDENTIFICATIVI

CLIENTE – CONTRAENTE – BENEFICIARIO

Dati anagrafici

Denominazione: _____

Forma giuridica: _____

Operatività Fiduciaria nell'ambito del presente rapporto: In conto proprio Per conto di un Fiduciante

Partita IVA: _____ Codice Fiscale: _____

Data di Costituzione: _____

Sede Legale

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Residenza fiscale (se diversa da residenza)

Nazione (1): _____

Nazione (2): _____

Fini perseguiti

- Profit No Profit (specificare ambito):
- Assistenza Sociale
 - Assistenza sanitaria
 - Istruzione e formazione
 - Ricerca scientifica di interesse sociale
 - Tutela dei diritti civili
 - Opere di beneficenza in genere
 - Sport dilettantistico
 - Tutela del patrimonio artistico storico culturale
 - Tutela della natura dell'ambiente e del territorio
 - Altre attività / Altri beneficiari (Specificare): _____

La società è partecipata da

Trust Sì No

Fiduciaria Sì No

Società Anonima Sì No

Fondazione Sì No

Altro Sì No (se "Sì" specificare): _____

Società quotata su un mercato regolamentato Sì No

Contatti

Numero di telefono: _____

Indirizzo e- mail (PEC): _____

Eventuale diverso indirizzo di recapito postale

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Attività economica prevalente

SAE: _____ ATECO: _____ TAE: _____

Area di svolgimento prevalente attività economica

Provincia: _____ Stato (se estero): _____

Relazioni economiche/commerciali con l'estero

Nazione (1): _____

Nazione (2): _____

Nazione (3): _____

ESECUTORE

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina

Persona Politicamente Esposta – PEP *(in caso di risposta affermativa compilare l'Allegato 1)*

Si No

Persona con cariche pubbliche rilevanti - non comprese nella nozione di PEP

(per la definizione di "cariche pubbliche rilevanti" si rimanda all'Allegato 4)

Si No

Carica ricoperta: _____

Nel seguente Paese _____ Per il seguente Periodo: _____

Professione attuale

- Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato
 Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato
 Altro (specificare): _____

Area di svolgimento prevalente attività economica

Città: _____

Provincia: _____ Stato (se estero): _____

Potere di rappresentanza Si No

Allegare la documentazione relativa ai poteri di rappresentanza in forza dei quali opera in nome e per conto del cliente (Allegati): _____

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Contatti

Numero di telefono: _____

Indirizzo e- mail: _____

LEGALE RAPPRESENTANTE

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina

Persona Politicamente Esposta – PEP (in caso di risposta affermativa compilare l'Allegato 1)

Si No

Persona con cariche pubbliche rilevanti - non comprese nella nozione di PEP

(per la definizione di "cariche pubbliche rilevanti" si rimanda all'Allegato 4)

Si No

Carica ricoperta: _____

Nel seguente Paese _____ Per il seguente Periodo: _____

Professione attuale

- Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato
 Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato
 Altro (specificare): _____

Area di svolgimento prevalente attività economica

Città: _____

Provincia: _____ Stato (se estero): _____

Potere di rappresentanza Si No

Allegare la documentazione relativa ai poteri di rappresentanza in forza dei quali opera in nome e per conto del cliente (Allegati): _____

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Contatti

Numero di telefono: _____

Indirizzo e- mail: _____

Potere di rappresentanza Si No

Allegare la documentazione relativa ai poteri di rappresentanza in forza dei quali opera in nome e per conto del cliente (Allegati): _____

TITOLARI EFFETTIVI - SUB 2 (in presenza di più Titolari effettivi compilare l'Allegato 3)

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina

Persona Politicamente Esposta – PEP (in caso di risposta affermativa compilare l'Allegato 1)

Sì No

Persona con cariche pubbliche rilevanti - non comprese nella nozione di PEP

(per la definizione di "cariche pubbliche rilevanti" si rimanda all'Allegato 4)

Sì No

Carica ricoperta: _____

Nel seguente Paese _____ Per il seguente Periodo: _____

Professione attuale

- Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato
 Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato
 Altro (specificare): _____

Area di svolgimento prevalente attività economica

Città: _____

Provincia: _____ Stato (se estero): _____

Potere di rappresentanza Sì No

Allegare la documentazione relativa ai poteri di rappresentanza in forza dei quali opera in nome e per conto del cliente (Allegati): _____

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Contatti

Numero di telefono: _____

Indirizzo e-mail: _____

SEZIONE B - INFORMAZIONI SUL RAPPORTO CONTINUATIVO

Tipologia di Rapporto continuativo/Operazione

- Nuova emissione Versamento aggiuntivo Cambio di Contraenza tra Persone non Fisiche
 Cambio di Contraenza per decesso Cambio di Contraenza da Persona Fisica a Persona non Fisica
 Scadenza / Riscatto / Sinistro

Scopo prevalente del rapporto continuativo

- Risparmio Investimento Protezione aziendale
 Sostegno di attività di carattere sociale o umanitario
 Altro (specificare): _____

SEZIONE C - RELAZIONI

Rapporto/Relazione tra Contraente e Assicurato

- Appartenenza nucleo familiare del Contraente Rapporti professionali o d'affari con il Contraente
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Contraente (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Contraente e Beneficiario

- Coincidono
 Appartenenza nucleo familiare del Contraente Rapporti professionali o d'affari con il Contraente
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Contraente (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Assicurato e Beneficiario

- Coincidono
 Appartenenza nucleo familiare dell' Assicurato Rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale dell'Assicurato (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Contraente ed Esecutore

- Appartenenza nucleo familiare del Contraente Rapporti professionali o d'affari con il Contraente
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Contraente (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Contraente cedente e Contraente subentrante (in caso di cessione di contraenza)

- Appartenente al nucleo familiare: del Contraente dell'Assicurato
Ha rapporti professionali o d'affari: con il Contraente con l'Assicurato
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Contraente (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Esecutore e Beneficiario

- Coincidono
 Appartenenza nucleo familiare dell'Esecutore Rapporti professionali o d'affari con l'Esecutore
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale dell'Esecutore (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Contraente e Titolare effettivo

- Relazione di proprietà / partecipazione societaria Management
 Rapporto di Lavoro (specificare): _____
 Altro (specificare): _____

SEZIONE D - ULTERIORE DOCUMENTAZIONE

Provenienza delle somme utilizzate per il pagamento del premio di polizza

- Reddito d'impresa
 Disinvestimento (titoli o polizze disinvestite prima della naturale scadenza)
 Reinvestimento (titoli o polizze reinvestite dopo la naturale scadenza)
 Vendita immobiliare (allegare copia documentazione)
 Altro (specificare): _____

Dati economici

Utile/Perdita

Ultimo esercizio disponibile (anno): _____

Risultato economico d'esercizio: _____

Ammontare utile/perdita d'esercizio (euro): _____

N. di esercizi in perdita consecutivi (compreso l'ultimo): _____

Fascia di fatturato annuo

inferiore a 2 milioni tra 2 e 10 milioni tra 10 e 50 milioni oltre 50 milioni

Situazione Patrimoniale (per importi superiori a 400.000,00 Euro - Clienti PEP)

Capitale sociale: _____

Numero dipendenti: _____

Beneficiario Designato (se diverso dal Contraente - compilare solo in caso di nuova emissione)

Beneficiario non nominativo Beneficiario nominativo (compilare l'Allegato 2)

DICHIARAZIONE e FIRMA del Contraente / Esecutore / Beneficiario

Il sottoscritto, ai sensi degli articoli 22 e 55 del Decreto Legislativo n. 231/2007 e ss.mm.ii., consapevole della responsabilità penale derivante da omesse/mendaci dichiarazioni:

a. dichiara che tutte le informazioni fornite, le dichiarazioni rilasciate ed i dati riprodotti negli appositi campi del presente modulo corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto continuativo/operazione ed alla società/persone fisiche per conto delle quali eventualmente opera;

b. si assume tutte le responsabilità di natura civile, amministrativa, penale per dichiarazioni non veritiere;

c. si impegna a comunicare senza ritardo a Banco BPM Vita ogni eventuale integrazione o variazione che si dovesse verificare in relazione ai dati ed alle informazioni forniti con il presente modulo;

d. è consapevole che il conferimento dei dati è obbligatorio e che il rifiuto di fornire le informazioni può comportare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta.

Luogo: _____ Data: _____

Firma del: Contraente: _____

Esecutore: _____

Beneficiario: _____

SEZIONE RISERVATA ALL'OPERATORE CHE EFFETTUA LA RACCOLTA DEI DATI

Nome: _____ Data: _____

Firma: _____ Matricola: _____

Allegato 1

**DICHIARAZIONE PEP - PERSONA POLITICAMENTE ESPOSTA
(DA COMPILARE SOLO SE "PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE")**

(per la definizione di PEP si rimanda agli ESTRATTI NORMATIVI "ALLEGATO 4")

Il sottoscritto,

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Professione attuale

- Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato
 Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato
 Altro (specificare): _____

Tipo Documento identificativo

Carta d'identità Patente di guida Passaporto Porto d'armi

Altro documento: _____

Estremi del documento: _____

Emesso il: _____ Scadenza: _____

Ente di rilascio: _____

Nazione di rilascio: _____

ricevute le informazioni relative agli obblighi di adeguata verifica della clientela di cui al Decreto Antiriciclaggio,

DICHIARA

di essere "Persona Politicamente Esposta" così come definita dal Decreto Antiriciclaggio, per le ragioni di seguito indicate:

Per aver occupato la seguente Carica pubblica: _____

Nel seguente Paese: _____

Per il seguente Periodo: _____

Per essere familiare di una Persona Politicamente Esposta (indicare grado di parentela, nome e cognome e carica occupata della Persona Politicamente Esposta):

Per intrattenere stretti legami con una Persona Politicamente Esposta, ossia (indicare nome e cognome della Persona Politicamente Esposta, carica occupata e tipo di legame)

Che l'origine del PATRIMONIO / FONDI impiegati nel "rapporto continuativo" / "operazione occasionale" è

Retribuzioni / Emolumenti Risparmi

Altro (specificare): _____

Motivo della richiesta di apertura del rapporto continuativo/esecuzione dell'operazione occasionale

Previdenza Risparmio Investimento Protezione familiare

Protezione aziendale Sostegno di attività di carattere sociale o umanitario

Altro (specificare): _____

Motivo della richiesta di apertura del rapporto / esecuzione dell'operazione occasionale presso una Agenzia

situata in zona diversa da quella di residenza (se applicabile): _____

Elenco eventuali documenti allegati (Per es: Adeguata verifica di altri intermediari; Documenti pubblicamente disponibili; ecc.): _____

Fascia di reddito annuo

- fino a 10.000 Euro da 10.001 a 25.000 Euro da 25.001 a 40.000 Euro
 da 40.001 a 75.000 Euro da 75.000 a 500.000 Euro da 500.000 a 2.500.000 Euro
 Oltre 2.500.000 Euro

Situazione Patrimoniale

- Privo di Patrimonio (specificare): _____
 fino a 100.000 Euro da 100.001 a 300.000 Euro da 300.001 a 1.000.000 Euro
 da 1.000.001 a 3.000.000 Euro da 3.000.000 a 10.000.000 Euro Oltre 10.000.000 Euro

Fonte di Reddito

Retribuzioni / Emolumenti Risparmi

Altro (specificare): _____

PRENDE ATTO CHE

l'accensione di rapporti a PEPs è subordinata all'AUTORIZZAZIONE DA PARTE DELLA COMPAGNIA. Pertanto, qualora, a fronte del riconoscimento della natura di persona politicamente esposta come sopra definita, il citato organo non rilasci l'autorizzazione all'accensione / prosecuzione del rapporto, questo sarà giustificato motivo di recesso della Compagnia che lo eserciterà senza alcun preavviso nei confronti del Cliente ai sensi della vigente normativa:

Luogo _____

Data _____

Firma _____

SEZIONE RISERVATA ALL'OPERATORE CHE EFFETTUA LA RACCOLTA DEI DATI

Nome: _____ Data: _____

Firma: _____ Matricola: _____

Allegato 3 – Titolari Effettivi

(da compilare solo in presenza di più Titolari Effettivi)

RAPPORTO

Numero Polizza: _____

TITOLARI EFFETTIVI - SUB 2

TITOLARE EFFETTIVO 2

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina

Persona Politicamente Esposta – PEP (in caso di risposta affermativa compilare l'Allegato 1)

Si No

Persona con cariche pubbliche rilevanti - non comprese nella nozione di PEP

(per la definizione di "cariche pubbliche rilevanti" si rimanda all'Allegato 4)

Si No

Carica ricoperta: _____

Nel seguente Paese _____ Per il seguente Periodo: _____

Professione attuale

- Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato
 Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato
 Altro (specificare): _____

Area di svolgimento prevalente attività economica

Città: _____

Provincia: _____ Stato (se estero): _____

Potere di rappresentanza Si No

Allegare la documentazione relativa ai poteri di rappresentanza in forza dei quali opera in nome e per conto del cliente (Allegati): _____

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Contatti

Numero di telefono: _____

Indirizzo e-mail: _____

TITOLARE EFFETTIVO 3

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina

Persona Politicamente Esposta – PEP *(in caso di risposta affermativa compilare l'Allegato 1)*

Si No

Persona con cariche pubbliche rilevanti - non comprese nella nozione di PEP

(per la definizione di "cariche pubbliche rilevanti" si rimanda all'Allegato 4)

Si No

Carica ricoperta: _____

Nel seguente Paese _____ Per il seguente Periodo: _____

Professione attuale

Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato
 Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato
 Altro (specificare): _____

Area di svolgimento prevalente attività economica

Città: _____

Provincia: _____ Stato (se estero): _____

Potere di rappresentanza Si No

Allegare la documentazione relativa ai poteri di rappresentanza in forza dei quali opera in nome e per conto del cliente (Allegati): _____

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Contatti

Numero di telefono: _____

Indirizzo e-mail: _____

TITOLARE EFFETTIVO 4

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina

Persona Politicamente Esposta – PEP (in caso di risposta affermativa compilare l'Allegato 1)

Si No

Persona con cariche pubbliche rilevanti - non comprese nella nozione di PEP

(per la definizione di "cariche pubbliche rilevanti" si rimanda all'Allegato 4)

Si No

Carica ricoperta: _____

Nel seguente Paese _____ Per il seguente Periodo: _____

Professione attuale

- Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato
 Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato
 Altro (specificare): _____

Area di svolgimento prevalente attività economica

Città: _____

Provincia: _____ Stato (se estero): _____

Potere di rappresentanza Si No

Allegare la documentazione relativa ai poteri di rappresentanza in forza dei quali opera in nome e per conto del cliente (Allegati): _____

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Contatti

Numero di telefono: _____

Indirizzo e- mail: _____

DICHIARAZIONE e FIRMA del Contraente / Esecutore / Beneficiario

Il sottoscritto, ai sensi degli articoli 22 e 55 del Decreto Legislativo n. 231/2007 e ss.mm.ii., consapevole della responsabilità penale derivante da omesse/mendaci dichiarazioni:

- a. dichiara che tutte le informazioni fornite, le dichiarazioni rilasciate ed i dati riprodotti negli appositi campi del presente modulo corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto continuativo/operazione ed alla società/persona fisiche per conto delle quali eventualmente opera;
- b. si assume tutte le responsabilità di natura civile, amministrativa, penale per dichiarazioni non veritiere;
- c. si impegna a comunicare senza ritardo a Banco BPM Vita ogni eventuale integrazione o variazione che si dovesse verificare in relazione ai dati ed alle informazioni forniti con il presente modulo;
- d. è consapevole che il conferimento dei dati è obbligatorio e che il rifiuto di fornire le informazioni può comportare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta.

Luogo: _____ Data: _____

Firma del: Contraente: _____

Esecutore: _____

Beneficiario: _____

SEZIONE RISERVATA ALL'OPERATORE CHE EFFETTUA LA RACCOLTA DEI DATI

Nome: _____ Data: _____

Firma: _____ Matricola: _____

Allegato 4 – estratti normativi

PERSONA POLITICAMENTE ESPOSTA

Ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera dd) del Decreto Legislativo n. 231/2007 e ss.mm.ii., sono da intendersi Persone Politicamente Esposte:

Le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:

1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;

1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;

1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;

1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;

1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;

1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;

2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;

3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:

3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;

3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

CARICHE PUBBLICHE RILEVANTI - NON COMPRESSE NELLA DEFINIZIONE DI PEP

Ai sensi dell'articolo 46 (comma 4 lett.b) del Regolamento Ivass n. 44/2019 costituiscono fattori di rischio elevato concernenti il cliente, il beneficiario e i rispettivi titolari effettivi:

le cariche pubbliche ricoperte in ambiti non ricompresi nella nozione di persona politicamente esposta, per i quali sussiste una rilevante esposizione al rischio di corruzione, inclusi gli amministratori locali, i soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

TITOLARE EFFETTIVO

Articolo. 20 Decreto Legislativo n. 231/2007 e ss.mm.ii.
(Criteri per la determinazione della titolarita' effettiva di clienti diversi dalle persone fisiche).

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, e' attribuibile la proprieta' diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.

2. Nel caso in cui il cliente sia una societa' di capitali:

a) costituisce indicazione di proprieta' diretta la titolarita' di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;

b) costituisce indicazione di proprieta' indiretta la titolarita' di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di societa' controllate, societa' fiduciarie o per interposta persona.

3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui e' attribuibile la proprieta' diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, e' attribuibile il controllo del medesimo in forza:

a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;

b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;

c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.

((4. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:

a) i fondatori, ove in vita;

b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;

c) i titolari di poteri di rappresentanza legale, direzione e amministrazione.))

((5. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o piu' titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari, conformemente ai rispettivi assetti organizzativi o statutari, di poteri di rappresentanza legale, amministrazione o direzione della societa' o del cliente comunque diverso dalla persona fisica.))

6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo ((nonche', con specifico riferimento al titolare effettivo individuato ai sensi del comma 5, delle ragioni che non hanno consentito di individuare il titolare effettivo ai sensi dei commi 1, 2, 3 e 4 del presente articolo)).